

3. Tortayeva, G. Congenital malformations of the fetus: Clinical case from practice / G. Tortayeva, A. Shakirova // Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan – 2017. – № 45. – Suppl 3. – P. 106-108. doi: 10.23950/1812-2892-JCMK-00516

**УДК 378.1:615-053.2**

## **АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ПОДГОТОВКЕ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ**

***Пчельников Ю.В.***

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

Высокие требования к врачу предусматривают, в частности, недопущение в его деятельности профессиональных ошибок. Конечно, врач не свободен от них, так же как и представители любой другой специальности. Но поскольку врач имеет дело со здоровьем и жизнью людей он несет моральную ответственность, как перед отдельными людьми, так и обществом в целом.

Диагностические ошибки могут являться следствием деонтологического несовершенства врача. Поэтому достаточная деонтологическая подготовленность будущего специалиста будет тем путем (средством), который приведет к уменьшению ошибок.

Известно, что диагностические ошибки, из-за недостатка у врача деонтологических навыков являются довольно обширной группой ошибок. Границы этой группы ошибок до сегодняшнего дня четко не определены и зависят от того, что вкладывается в понятие деонтологии. По мнению корифеев медицины, ученых-философов, практических врачей вопрос ликвидации субъективных ошибок в значительной степени – вопрос деонтологии.

Она в строго специальном смысле – раздел этики, в котором рассматриваются критерии долга и моральные принципы при выполнении профессиональных обязанностей.

Основными категориями деонтологии считаются врачебный долг, врачебная совесть, врачебная ответственность.

По данным литературы деонтологические ошибки, являющиеся причиной неверного диагноза, встречаются, примерно, в 10-11% случаев.

При проведении практических занятий в клинике, как мы говорим у постели больного, особенно при проведении клинических разборов, мы считаем, что преподавателю необходимо постоянно обращать внимание студентов на имеющиеся деонтологические промахи, и отмечать наличие в рассматриваемой проблеме двух сторон.

Во-первых, обращать внимание на умение врача правильно строить свои отношения с больным, с его родителями, с близкими родственниками. Отношения надо строить на принципах доброты милосердия и терпения.

Опросы больных показывают, что они на первое место ставят отзывчивость, тактичность и внимательность со стороны врача. Поэтому необходим тот особый такт, который позволяет даже при несовпадении мнений врача и больного, врача и родителей избегать конфликтных ситуаций, корректировать расхождение взглядов, не допускать перерастания скрытых противоречий в открытые и не доводить их до экстремальной степени. Напряженность ситуации обычно нарастает, когда возникающая острота вовремя не снята, когда конфликт запущен, а возможность его нивелирования упущена. Все это требует от врача хорошо ориентироваться в вопросах деонтологии, обладать особой внутренней культурой, которая позволяет всегда и везде подавлять в себе отрицательные эмоции, подавлять личные тревоги, не допускать раздражительности и срывов. В определенном смысле врача можно уподобить актеру, обязанному перевоплощаться при выходе на сцену вне зависимости от того, что у него на душе.

На занятиях студенты убеждаются, что родители больного и сам пациент могут быть трудны в общении (это может проявиться и в резкости с их стороны, и даже грубости, ребенок может не слушаться, быть не управляемым). Врач никогда не должен отвечать тем же, как бы

сложно порою это не было. Сострадания заслуживает любой больной, и врач не имеет права строить свои отношения с ним и его родителями на основе симпатий или антипатий.

Особые деонтологические и психологические требования предъявляются врачу-педиатру. Дети чрезвычайно чувствительны и с поразительной прозорливостью угадывают истинное отношение к себе. Они остро чувствуют притворство, фальшь и снисходительное отношение к себе взрослых. Об этом замечательно написал Л.Н. Толстой в своем романе «Анна Каренина»: «Притворство в чем бы то ни было может обмануть самого умного, проницательного человека, но самый ограниченный ребенок, как бы оно ни было искусно скрываемо, узнает его и отвращается».

Из сказанного следует, что врач обязан познавать психологию больного, его родственников, а также изучать самого себя, свою собственную психику (деонтологические промахи вообще во многом обусловлены психолого-поведенческими характеристиками врача). В возникновении несовместимости врача и пациентов виновен врач, но страдает из-за этого чаще всего больной, хотя бы потому, что он находится в зависимости от врача.

В клинике на собственном примере необходимо практически обучать будущего врача деонтологии, ибо требования к его деонтологической подготовленности постоянно возрастают. На занятиях необходимо подчеркивать, что только бережное, терпеливое внимание врача рождает в ответ беспредельное доверие к нему, помогает выяснить причины заболевания, выбрать методы профилактики и лечения. Одной самоподготовки, здесь видимо, недостаточно.

Вторая сторона проблемы в определенной степени связана с первой и касается тех деонтологических факторов, которые сами по себе не являются непосредственной причиной ошибок, но они влекут за собой комплекс причин, порождающих ошибку. Это относится как к ошибкам в диагностике, так и к диагностическим ятрогениям.

Разные авторы выделяют различные группы деонтологических факторов диагностических ошибок. Но, проводя практические занятия, мы считаем целесообразным выделять следующие:

1. Невнимательность, несобранность (упущение, недоучет какого-то факта, детали; недооценка данных; отвлечение на побочные явления).
2. Неуверенность, нерешительность (страх за свою судьбу; ложный стыд; масса подстраховочных диагнозов к основному; боязнь за свой авторитет).
3. Спешка ("скоростной" стиль работы; торопливость в обследовании; неумение вести обстоятельную беседу с больным и родителями; краткость контакта с пациентом).
4. Перестраховка (переоценка некоторых данных; выбор при постановке диагноза не более вероятного заболевания, а более опасного, тяжелого).
5. Небрежность (просмотр элементарных данных, групп явных сведений, фактов).
6. Самоуверенность, самомнение, отсутствие самокритичности (установка на безошибочность своего диагноза; тщеславие, ведущее к стремлению ставить особо "интересные" диагнозы; заносчивость; нежелание признавать свою неправоту).
7. Внушение диагноза авторитетом (давление на сознание врача диагноза, поставленного в авторитетном лечебном учреждении или опытным авторитетным врачом, слепое принятие этого диагноза на веру).

Корнем всех этих деонтологических факторов можно считать: недобросовестность, безответственность.

На занятиях мы всегда считаем необходимым подчеркивать, что плохо собранный анамнез может привести к грубым диагностическим ошибкам. Поэтому анализируя и литературные материалы, и свои данные, мы выделили следующие наиболее типичные ошибки при сборе анамнеза, на которые следует обращать внимание студентов и молодых специалистов:

- а) "пассивный" сбор анамнеза, когда врач активно не ставит перед больным и родителями вопросов, а просто выслушивает их;
- б) навязывание врачом больному своей трактовки его ощущений ("суперактивный" сбор анамнеза);
- в) неумение оценить характер жалоб, взаимосвязь симптомов, последовательности их появления;
- г) недооценка эпидемиологического фактора;
- д) недооценка бытовых условий, семейных отношений;

- ж) неумение дифференцировать начало заболевания от начала его обострения;
- з) недооценка фармакологического и аллергического статуса.

Таким образом, преподаватель, подчеркивая, что врач всегда должен помнить о возможности этих ошибок, показывает (доказывает), что хороший специалист должен контролировать себя, уметь периодически смотреть на свои действия как бы со стороны, потому что все это поможет ему вовремя заметить возникающие в его работе рутинные моменты, складывающийся неверный стереотип действий, поверхностность в отношении сбора и анализа материала, трафаретность умозаключений.

**УДК:618.7:613.24**

## **ОЖИРЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕДА И ПЛОДА**

*Пчельникова Е.Ф., Гапонько Н.В., Шебела Е.Ю.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Экстрагенитальная патология беременных заслуживает пристального внимания, т.к. она ограничивает возможности механизмов адаптации и перестройки в организме беременной [1,2]. Распространение такой агрессивной патологии как ожирение с каждым годом ведет к увеличению количества беременных женщин, страдающих данным видом нарушения метаболизма, что увеличивает риск развития патологии в функционирующей системе «мать-плацента-плод» [3]. Ключевыми патологическими моментами, влияющими на формирование плаценты и плода, на течение родового процесса являются нарушение кровотока в плаценте, сосудистый тромбоз, нарастающая хроническая гипоксия плода, вызывающая его внутриутробную гибель [4,5]. Взаимосвязь между ожирением матери и патологией плода и последа изучена в недостаточной степени.

**Цель работы:** изучить влияние ожирения матери на течение беременности и родов, развитие патоморфологических изменений плода и последа.

**Материал и методы.** Исследование выполнено по материалам отдела детской патологии УЗ «Витебское областное клиническое патологоанатомическое бюро» за 2000-2018 годы. Проведен ретроспективный анализ протоколов вскрытий и историй родов 86 антенатально погибших плодов в сроках гестации от 24 до 42 недели. Срок гестации плода во всех случаях учитывался по клиническим данным. 43 случая с наличием у беременной избыточной массы тела составили исследуемую группу. В качестве группы сравнения изучено 43 плода от нормально протекавшей беременности и погибших от острой внутриутробной гипоксии, развившейся в родах вследствие расстройства плацентарно-пуповинного кровообращения (обвитие пуповины, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты). Среди объектов анализа использовались различные метрические данные: вес плода и плаценты, плацентарно-плодовый коэффициент (Пц\ПлК), диаметр пуповины, длина пуповины. Анализировались особенности течения беременности и родов, генитальная и экстрагенитальная патология беременной. Внутриутробная патология плода оценивалась по задержки внутриутробного развития (ЗВУР), пороков развития, соответствия его и плаценты срокам гестации. Также в процессе исследования использованы методы: анализа, обобщения, интерпретации научной литературы.

Все рассмотренные случаи мы разделили по сроку гестации плодов на 3 группы: 1 группа (23 плода) со сроком гестации 37-42 недели, 2 группа (12 плодов) – 30-36 недель, 3 группа (12 плодов) – 24-29 недели. Все исследуемые группы имели соответственные по количеству наблюдений группы сравнения.

Критериями исключения из исследования послужили: профессиональные вредности, тяжёлые соматические заболевания и наличие эндокринной патологии (заболевания надпочечников, щитовидной железы, сахарный диабет).

Статистический анализ полученных показателей выполнялся с использованием программы Microsoft Excel 2010 для Windows 10. Обработка полученных результатов проводилась методами